

# 食物アレルギーチェック表

茨城県立児童センターこどもの城

利用日: 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )

所属団体: 記入年月日: 年 月 日

氏名: 記入者氏名: ( 続柄: )

① 予定している活動に印を付け、時間帯・種類として( )内の該当箇所を○で囲んでください。

- 外カレー (夕食・昼食)       バーベキュー (夕食・昼食)  
 うどん (カレー・かきあげ・きつね)       もちつき       活動なし

② アレルギーにより除去が必要な欄に印を付けてください。

分類	チェック欄	備考
卵	生卵	
	卵そのものを使用した料理	
	卵を含む加工品※ノンエッグマヨネーズ摂取(可・不可)	
	卵と製造ライン(工場)が一緒の食品	
乳製品	牛乳・乳製品そのもの、牛乳・乳製品を使用した料理	
	乳を含む加工品	
	乳糖など微量の乳成分を含む加工品	
	乳製品と製造ライン(工場)が一緒の食品	
小麦	小麦を含む加工品	
	小麦を含む調味料	
	小麦と製造ライン(工場)が一緒の食品	
大豆	大豆製品	
	大豆を含む調味料	
	大豆と製造ライン(工場)が一緒の食品	
エビ カニ	エビ・カニそのもの、エビ・カニを使用した加工品	
	かまぼこや焼き海苔、カトわかめなどの海藻類	
ピーナツ	ピーナツそのもの、ピーナツを使用した加工品	
	ピーナツと製造ライン(工場)が一緒の食品	
ごま	ごまそのもの、ごまを含む加工品	
そば	そば	
果物	※果物の種類を記入( )	

上記以外のもは 下の欄にご記入ください。	程度のお知らせを具体的にご記入ください。 例) 鶏肉、チキンエキスを含む加工品

③ アナフィラキシー ( あり ・ なし )

④ 緊急時に備えた処方薬 ( あり ・ なし )

ありの場合→ 内服薬・エピペン・その他( )

こどもの城より回答(何も書き込まないでください。)

	今回のメニューには含まれていません。
	代替食対応ができます。
	上記内容を確認していただき、検討された結果のご連絡をくださるようお願い致します。
	除去食対応ができます。
	上記内容を確認していただき、検討された結果のご連絡をくださるようお願い致します。
	食事持参願います。 代替・除去等の対応が難しく、ご要望に添いかねますことをご了承ください。 また、食数の確認をしていただき、申請している場合は取り消しの連絡を入れてください。